

УДК 616.314-77-08

Литература:

1. Анисимова И.В., Недосеко В.Б. и др. - М.: МЕДИ издательство, - 2005. - С.11-21.
2. Боровский Е.В., Машкилейсон А.Л. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. - М., 2001.с.66-103; - С.158-179.
3. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н., Бычкова В.А., Аль-Хаким. Ортопедическая стоматология. - Смоленск, 2000. - С.420-425

4. Амираев У.А., Рузуддинов С.Р. Клиника и протезирование дефектов зубных рядов. - Бишкек, 2002. - С.15-17

5. Максимовская Л.Н., Рощина П.И. Лекарственные средства в стоматологии. Справочник. М: Медицина 2000. - С. 240

6. Манеев В.Г. Электрохимические и аллергические свойства некоторых металлов, применяемых в ортопедической стоматологии: Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - М., 1972 г.

УДК 616.314-089-053.2

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЛИМФАДЕНИТОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ

Ш.Ш. Абралина¹, Л.М. Садвокасова¹, Д.М. Буржанова², П.А. Камбарова², Б.А. Куренова³

ГМУ г.Семей¹, ЛУ «Стоматология», г. Семей², КГКП «Поликлиника 4» г. Павлодар³

Тұжырым**БАЛАЛАРДЫҢ ЖАҚ-БЕТ АЙМАҒЫ ЛИМФАДЕНИТИНІҢ АҒЫМ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ**

Ш.Ш. Абралина, Л.М. Садвокасова, Д.М. Буржанова, П.А. Камбарова, Б.А. Куренова

Жүргізілген зерттеулерімздің нәтижелері бойынша, жақ-бет аймағы лимфадениттері 6 жасан 10 жасқа дейінгі балаларда қыс мезгілінде жиі кездеседі және барлық нозологияның 6,8 % құрайды.

Summaru**PECULIARITIES OF LYMPHADENITIS MAXILLOFACIAL REGION IN CHILDREN**

SH. Abralina, L. Sadvokasova, D. Burzhanova, P. Kambarova, B. Kurenova

Studies have rereled that the lymphadenitis maxillofacial region are more frequent between the ages of 6-10 years in winter and up 6.8% all cases nozoology.

За последние годы отмечается рост одонтогенных и неодонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, что связано со снижением профилактической работы среди детского населения. В специальной литературе в основном описываются одонтогенные лимфадениты. Однако в челюстно-лицевой области регионарные лимфадениты у детей и подростков развиваются не только при одонтогенной инфекции. Они могут развиваться и при инфекционно-воспалительных заболеваниях слизистой оболочки полости рта и носоглотки, остром и хроническом тонзиллите, гнойничковых заболеваниях кожи лица и др. Только в 15-20% они связаны с одонтогенной инфекцией и почти у половины больных бывают затруднения по определению первичного инфекционного очага.

Цель исследования – изучение распространенности, первичной локализации инфекционного очага, возрастной характеристики больных, сезонности заболеваемости острых лимфаденитов челюстно-лицевой области у детей и подростков.

Материал и методы исследования.

Использовались данные статистического исследования историй болезней 64 детей, проходивших лечение амбулаторно и госпитализированных в отделение челюстно-лицевой хирургии в возрасте до 15 лет.

Результаты исследования и их обсуждение.

Данные проведенного анализа выявили, что лимфадениты челюстно-лицевой области у детей встречались у 6,8% случаев от всех нозологий. Анализу не подвергались лимфадениты сопутствующие периоститам, остеомиелитам, флегмонам, сиалоденитам, где последние являлись ведущими при госпитализации и лечении больных. Их них мальчиков было 28 (43,8%), девочек – 36 (56,2%). Острые серозные лимфадениты диагностированы у 36 детей (56,2%), острые гнойные – у 28 (43,8%). Характеристика острых лимфаденитов в зависимости от возраста была следующей: дети в возрасте до 1 года составили - 5, от года до 3 лет - 14, от 3 до 6 лет- 10, от 6 до 10 лет- 19, от 10 до 12 лет -10, от 12 до 15 лет - 6.

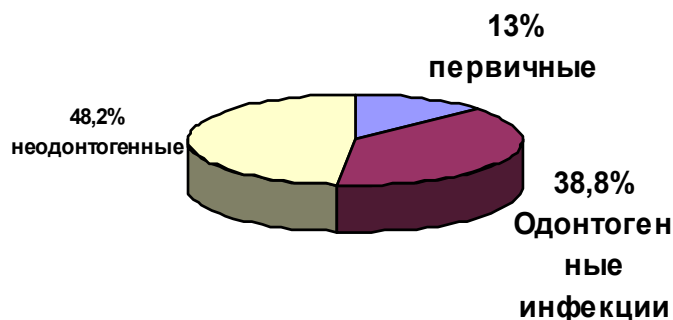
Рисунок 1. Распределение детей по возрасту



Выяснение первичной локализации инфекционного очага в челюстно-лицевой области показало, что одонтогенная инфекция вызывала лимфадениты в 38,8% случаев (25 детей), неодонтогенная – 48,2% (31 детей),

не выявлены входные ворота инфекции, так называемые первичные лимфадениты у которых не удалось выявить связь с каким-либо патологическим очагом в 13% случаев (8 детей).

Рисунок 2. - Распределение детей по причинам развития лимфаденитов.



Из группы детей с одонтогенными лимфаденитами челюстно-лицевой области выявлено, что причиной их явились острые и обострение хронических периодонтитов у 14 (56%) больных, альвеолиты у 2 (8%), затрудненное прорезывание зубов – 6 (24%), ретенция зубов – 3 (12%).

Выяснение зависимости заболеваемости одонтогенными лимфаденитами от возраста показало, что в возрасте до 6 лет они наблюдались у 8 (32%) детей, в возрастном периоде от 6 до 12 лет у 13(52%) и от 12 до 15 – 4 (16%). Следовательно, возрастающая роль одонтогенных очагов инфекции становится максимальной в возрасте 6-12 лет, что связано с увеличением интенсивности поражением зубов кариесом и его осложнений временных зубов и 1-ых постоянных моляров.

Неодонтогенные лимфадениты в возрастном периоде до 6 лет наблюдались у 19 (61,3%)детей, в возрастном периоде от 6 до 12 лет – у 7 (22,6%) детей и в возрасте от 12 до 15 лет – 5 больных (16,1%).

Анализ зависимости заболеваемости первичными лимфаденитами от возраста детей показал, что в возрасте до 6 лет они наблюдались у 3 (37,5%) детей, в возрастном периоде от 6 до 12 лет – у 2 (25%), от 12 до 15 лет – 3 (37,5%).

Изучение сезонности заболеваемости выявило, что в зимний период лимфадениты наблюдались у 19 детей (30%), весной – 16 (25%), осенью – 17 (26%), летом – 12 (19%).

Рисунок 3. - Зависимость заболеваемости лимфаденитами в зависимости от возраста детей.

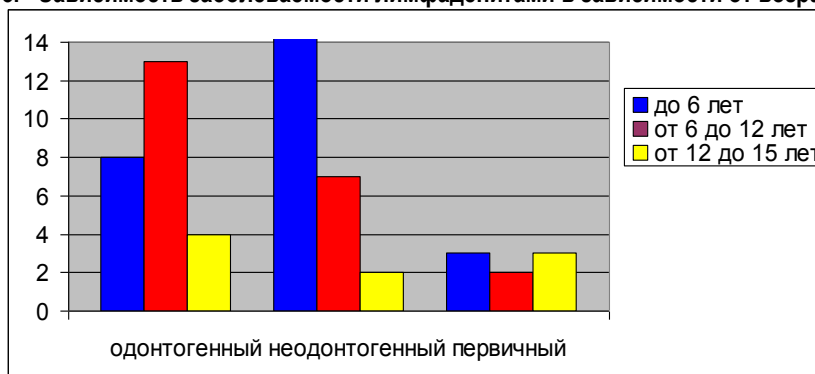
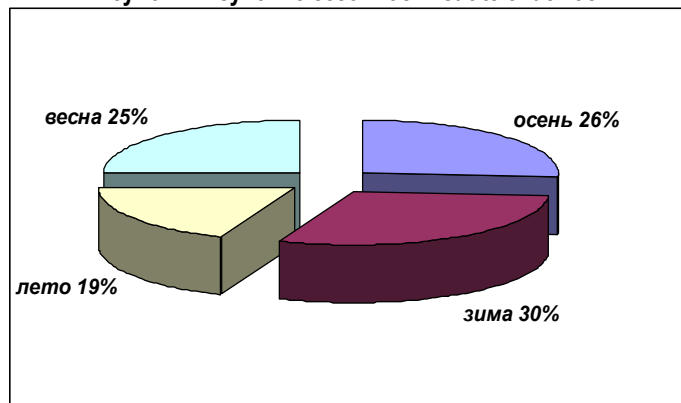


Рисунок 4. Изучение сезонности заболеваемости



Таким образом, выявлено, что лимфадениты челюстно-лицевой области встречаются в 6,8% случаев, чаще в возрастном периоде от 6 до 10 лет. Острые серозные лимфадениты составляют 56,2%, острые гнойные – 43,8%. Одонтогенные лимфадениты составляют 48,2%, неодонтогенные – 38,8%, первичные – 13%.

Наибольшая заболеваемость детей лимфаденитами наблюдается в зимний (30%) и весенне-осенний период (26%-25%).

У девочек несколько чаще диагностировались лимфадениты – 36 (56,2%), чем у мальчиков – 28 (43,8%).

Роль одонтогенных очагов инфекции возрастает в возрасте 6-10 лет, что связано с увеличением интен-

сивности поражения зубов кариесом и связанных с ним осложнений. Неодонтогенные очаги инфекции преобладают у детей в возрасте до 6 лет.

Литература:

1. Супиев Т.К. Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. - М.: Медпресс, 2001. - 160 с.

2. Супиев Т.К. Лекции по стоматологии детского возраста. - М.: Медпресс, 2004. - 56 с.

3. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - К.: ООО Червона Рута-Турс, 2002. - С.52-73.

УДК 616.31

ЭНДОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО КАРИЕСА, ПРОФИЛАКТИКА ОШИБОК И ОСЛОЖНЕНИЙ

Н.Б. Хайдарова

**Государственный медицинский университет города Семей
кафедра стоматологических дисциплин**

Резюме

Опыт лечения осложненного кариеса свидетельствует о том, что хорошее знание анатомии, топографии, дифференциальной диагностики и адекватного применения основных и дополнительных методов исследования при лечении пульпита и периодонтита значительно снижает риск возникновения ошибок и осложнений в эндодонтии.

Тұжырым

АСҚЫНҒАН ТІСЖЕГІНІ ЭНДОДОНТИЯЛЫҚ ЕМДЕУ КЕЗІНДЕГІ ҚАТЕЛІКТЕР МЕН АСҚЫНУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ

Н.Б. Хайдарова

Асқынған тісжегі ауруын емдеу тәжірибесі куәландырады, ұлпа және периодонт қабынуларын емдеу кезінде анатомияны, топографияны, ажырату диагностикасын жақсы білу және негізгі мен қосымша зерттеу әдістерін тиімді қолдану эндодонтиядағы қателіктер мен асқинулардың пайда болуын әлде қайда төмендетеді.

Summary

PREVENTIVE MAINTENANCE OF ERRORS AND COMPLICATIONS AT ENDODONTUS TREATMENT OF THE COMPLICATED CARIES

N.B. Khaidarova

The experience of treatment of the complicated caries testifies that the good knowledge of anatomy, topography, differential diagnostic both adequate application of the main (basic) and padding method of testings at treatment of a pulpitis and periodontitis considerably reduces (descends) of risk of originating of errors and complications in endodonties.

Анализ многочисленных клинических исследований, в том числе и в настоящее время, подтверждает, что наибольший процент ошибок и осложнений в клинике терапевтической стоматологии встречается при лечении осложненного кариеса /1/.

Наши предварительные исследования свидетельствуют о том, что условно ошибки и осложнения при эндодонтическом лечении можно разделить на три группы:

- На этапе диагностики,
- Во время инструментальной и медикаментозной обработки системы корневых каналов,
- На этапе obturation корневых каналов.

Так, во время диагностики клинического состояния наиболее часто в практической стоматологии затруднения представляет дифференциация между острым и обострением хронического пульпита, а также диагностика острого периодонтита и обострения хронического периодонтита. Для снижения частоты этой врачебной ошибки необходимы тщательный собранный анализ, проведение по показаниям основных и дополнительных методов исследования (зондирование, перкуссия, паль-

пация, термопроба, электроодонтометрия, рентгенография).

Во время инструментальной и медикаментозной обработки системы корневых каналов особое внимание придается подготовительным мероприятиям. В частности, с внедрением новых технологий обязательно наложение коффердама, не требующего больших затрат времени и значительно повышающего эффективность обработки. При этом исключается возможность аспирации мелких стоматологических инструментов, врач-стоматолог предохранен от заражения инфекционными заболеваниями (гепатит, СПИД и т.д.), обеспечивается защита мягких тканей полости рта, создается сухое рабочее поле, и для врача-стоматолога обеспечиваются бесстрессовые условия работы.

Известно (2), что перед инструментальной обработкой корневого канала следует полностью удалить кариозный дентин, предотвращая попадание микроорганизмов в систему корневых каналов. Для достижения этой цели при значительно разрушенной коронке зуба рационально восстановительное пломбирование,